



ASISTENCIA FINANCIERA DEL PACIENTE – HOJA DE INFORMACIÓN FINANCIERA (FIS) DIRECTRICES

Para revisar su(s) cuenta(s) para obtener asistencia financiera y/o un plan de pago extendido, requerimos la finalización de las Hojas de Información Financiera adjuntas. Tenga en cuenta que nuestro Programa de Asistencia Financiera (Charity Care) **no** cubrirá las cuentas que han sido enviadas a una Agencia de Informes de Crédito.

La solicitud no se puede procesar sin prueba de ingresos para todos los miembros del hogar y una carta de denegación de Medicaid para cada paciente que busca asistencia financiera. Además, las solicitudes presentadas deben estar firmadas.

1. COMPLETE TODAS LAS PÁGINAS DE LA HOJA DE INFORMACIÓN FINANCIERA (FIS). Como paciente y/o solicitante, usted y su cónyuge debe firmar y fechar el FIS. Si cierta información no se aplica, responda N/A.
2. Todos los solicitantes deben solicitarlo en el Departamento de Salud y Recursos Humanos para Medicaid para Adultos y/o Niños. Se debe presentar una LETTER DE DENIAL con esta solicitud para cada persona que busque asistencia financiera. No aceptaremos una denegación debido a la falta de envío de la información requerida.

Grant Memorial Hospital tiene un especialista en inscripción para WV Medicaid. Esta persona puede ayudarlo con el proceso de solicitud de Medicaid para su conveniencia. Si desea programar una cita, por favor llame al 304.257.1026 ext. 2161.

3. Los adjuntos **requeridos, para "todas" las personas en su hogar** durante los últimos 60 días, incluyen:
 - a. Para **los ingresos de empleo**, envíe todos los talones de cheques de pago o proporcione una carta del empleador o empleadores indicando los ingresos mensuales brutos por período de tiempo mencionados anteriormente.
 - i. Si usted está recibiendo **ingresos del Seguro Social o discapacidad**, por favor envíe una copia de su carta de la Administración del Seguro Social mostrando sus ingresos brutos.
 - b. Si **es autoempleado**, envíe una copia de las declaraciones de impuestos firmadas más recientes que presentó.
 - c. La prueba de ingresos de su hogar también incluye **manutención de hijos/cónyuges, historial de pagos por desempleo, pagos de compensación de trabajadores, pensiones, seguridad social, cartas de premio TANF, ingresos de otros significativos que residen en su residencia.**
 - d. Copia de sus **últimos estados de cuenta bancarios completos** para cuentas de cheques y de ahorros.
 - e. Declaración de apoyo - Si usted está viviendo con alguien que le proporciona un lugar para vivir y / o pagar sus necesidades básicas, esta persona necesita completar una "Carta de apoyo notariada".

Envíe su solicitud por correo y toda la documentación a:

Grant Memorial Hospital, Attn: PFS – Programa de Asistencia Financiera, PO Box 1019, Petersburg, WV 26847

Una vez que su solicitud haya sido aprobada o denegada, se le enviará una carta de determinación en un plazo de 15 días. (Los solicitantes con facturas médicas de alto dólar pueden requerir tiempo de procesamiento adicional).

HOJA DE INFORMACION FINANCIERA (FIS)

DUE BACK POR _____

Nombre del paciente: _____

Números de cuenta

GMH: _____

Orto: _____

PMG: _____

Quirúrgico: _____

Clínica OB: _____

Sólo uso de la oficina:

Familia: _____

Ingress: _____

Activos: _____

Elegibl: _____

A. GARANTE**Co-Garante-Cónyuge**

Nombre			Nombre		
Inicial Medio			Inicial Medio		
Apellido			Apellido		
número de seguro social	Fecha de nacimiento	Número de niños dependientes (Vivir en casa) y edades	número de seguro social	Fecha de nacimiento	Número de niños dependientes (Vivir en casa) y edades
<input type="radio"/> Casado (legalmente) <input type="radio"/> Separado—¿Cuánto tiempo? _____ <input type="radio"/> Soltero (Incluye: soltero, divorciado, viudo)			<input type="radio"/> Casado (legalmente) <input type="radio"/> Separado—¿Cuánto tiempo? _____ <input type="radio"/> Soltero (Incluye: soltero, divorciado, viudo)		
Dirección actual			Dirección actual		
¿Cuánto tiempo? Años Meses			¿Cuánto tiempo? Años Meses		
Teléfono ()			Teléfono ()		
Dirección anterior (si es inferior a dos años en la actualidad)			Dirección anterior (si es inferior a dos años en la actualidad)		
<input type="radio"/> Comprar <input type="radio"/> Propio <input type="radio"/> Alquilar <input type="radio"/> Vivir con los padres/familia/amigo			<input type="radio"/> Comprar <input type="radio"/> Propio <input type="radio"/> Alquilar <input type="radio"/> Vivir con los padres/familia/amigo		
Nombre y dirección del empleador			Nombre y dirección del empleador		
Cuánto tiempo	Posición	Ingresos brutos de Mo.	Cuánto tiempo	Posición	Ingresos brutos de Mo.
Otros ingresos \$	Fuente		Otros ingresos \$	Fuente	
Empleador anterior (si es inferior a 1 año en el empleador actual)			Empleador anterior (si es inferior a 1 año en el empleador actual)		
Teléfono ()			Teléfono ()		
Fecha de contratación: El último día en este trabajo:			Fecha de contratación: El último día en este trabajo:		
Pariente más cercano que no vive con usted			Nearest Pariente que no vive contigo		
Relación:			Relación:		
Nombre:			Nombre:		
Dirección:			Dirección:		
Teléfono:			Teléfono:		

B. INFORMACION DE INGRESOS

1. Por favor enumere todos los "miembros de la familia (incluido usted). Los miembros de la familia incluyen padres, cónyuge (independientemente de dónde se encuentran en el hogar), y niños (naturales y adoptivos) menores de dieciocho (18) que viven en el hogar solo con el paciente.

Nombre del miembro de la familia	Edad	Relación con el paciente	Fuente de Ingresos o Nombre del empleador	Ingresos para 3 Meses antes de Fecha de servicio	Ingresos por 12 Meses antes de la fecha De Servicio
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
Totales					

2. Si reportó \$0.00 de ingresos arriba, por favor proporcione una breve explicación de cómo usted (o el paciente) sobrevivió financieramente durante el período solicitado anteriormente (cómo se pagaron los gastos)? _____

3. Si no hay empleo / ingresos, ¿cuál fue su último día de empleo (auto) _____ (cónyuge) _____

4. ¿Está usted o su cónyuge recibiendo beneficios de desempleo? O SI O NO
 a. En caso afirmativo, cuánto por mes \$ _____ (por favor incluya una copia del Historial de Pagos de Beneficios de la Comisión de Empleo)

5. ¿Su hogar recibe dinero de cualquier otro lugar? O SI O NO
 a. En caso afirmativo, desde donde _____

6. ¿Cuántos dependientes/exenciones adhonó en la Declaración Federal del Impuesto sobre la Renta del año pasado (incluye a sí mismo, cónyuge, hijos, etc.)?
 _____ ¿Habrá un cambio en el número de dependientes/exenciones reclamados en la declaración de impuestos de este año? En caso afirmativo, explique los cambios: _____

C. INFORMACION DE SEGURO

1. ¿Tiene seguro médico cubriendo estos servicios? O SÍ O NO

2. En caso afirmativo, introduzca la información a continuación y adjunte copia de la tarjeta de seguro:

Nombre de la compañía de seguros: _____

Política: _____ Grupo: _____

3. ¿Es usted elegible para COBRA? O SÍ O NO

4. ¿Tiene beneficios de Medicaid? O SI O NO

a. En caso afirmativo, introduzca la facturación _____ y adjunte una copia de su tarjeta de Medicaid.

TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES CONFIDENCIAL

Los abajo firmantes certifican que todas las declaraciones hechas en este documento son verdaderas y completas y que deben ser confiadas por esta instalación y/o su cesionario y se hacen para inducir a esta instalación y/o a su cesionario a extender el crédito. El(los) abajo firmante(s) autoriza a esta instalación y/o a su cesionario a investigar su crédito, verificar el historial de empleo y divulgar información sobre esta instalación y/o asignar experiencia de crédito con ellos.

Garante: _____ Fecha: _____ Co-Garante: _____ Fecha: _____

Aprobación
del Supervisor: _____ Fecha: _____ Aprobación de CFO: _____ Fecha: _____

RECORDATORIO: LAS SOLICITUDES NO SE PROCESARÁN SIN ANEXOS PARA LA PRUEBA DE INGRESOS PARA TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR, LOS ESTADOS DE CUENTA BANCARIOS MÁS RECIENTES Y UNA CARTA DE DENEGACIÓN DE MEDICAID PARA CADA PACIENTE QUE BUSQUE ASISTENCIA FINANCIERA PARA LA SOLICITUD FIRMADA PRESENTADA.